



## Anmeldeformular

### Personalien Kind

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Konfession:	Muttersprache:
Heimatort:	2. Sprache:
Nationalität:	Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gut
Ist das Kind <input type="checkbox"/> rechtshändig <input type="checkbox"/> linkshändig	
Schwimmen: <input type="checkbox"/> kann ohne Schwimmhilfe schwimmen <input type="checkbox"/> kann mit Schwimmhilfe schwimmen <input type="checkbox"/> ist Nichtschwimmer	
Allergien, Krankheiten:	
Besucht Ihr Kind eine Fördertherapie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche?	
Geschwister (Name / Geburtsdatum):	

### Aktuelle Wohnadresse

### Neue Adresse Sisseln

	Ab (Datum):
Strasse:	Strasse:
PLZ Ort:	PLZ Ort:

### Jetzige Schule/Kindergarten

### Schule Sisseln

Name:	Eintrittsdatum:
Strasse:	<b>Kindergarten</b>
PLZ Ort:	<input type="checkbox"/> 1. Jahr <input type="checkbox"/> 2. Jahr
Klasse:	<b>Primarschule</b>
Lehrperson:	Klasse:
Telefon:	
E-Mailadresse:	

### Mutter

### Vater

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Telefon:	Telefon:
Mobile:	Mobile:
E-Mailadresse:	E-Mailadresse:
Berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon tagsüber für Notfälle:	
Die gesetzliche Vertretung obliegt: <input type="checkbox"/> Vater und Mutter <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater <input type="checkbox"/> andere – Name:	

Ort/Datum:  
Unterschrift

Abgabe an:  
**Sekretariat Schule Sisseln**  
**Schulhausstrasse 11, 4334 Sisseln**